ทิพยประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))

สำหรับตัวแทน

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล ......นางสุนีย์ คิมหันต์วัฒนาพร......

วัน/เดือน/ปีเกิด ......09/09/1958...... อายุ......62......ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ......58....../......148......เชื้อชาติ / สัญชาติ ......จีน....../......ไทย......

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ......5-5709-00057-005......

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ ......89 หมู่ 2 ตำบล ห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัด เชียงราย รหัสไปรษณีย์ 57220......

โทรศัพท์บ้าน ......-...... โทรศัพท์มือถือ ......089-701-3377...... อีเมล์......somchat2277@gmail.com......

อาชีพ......ศิษยาภิบาล......สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด......คริสตจักรภาคที่ 12......

ผู้รับประโยชน์......น.ส.ธัชจุฑา คิมหันต์วัฒนาพร......ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย......บุตร......

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	
	แผน 3	แผน 4
- การเจ็บป่วยในภาวะโคม่าจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))	500,000	1,000,000
- การรักษาพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ต่อปี	50,000	100,000
เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / ปี	☑ **450**	☐ **850**

<u>แผนประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ภายในระยะเวลา 14 วัน(Waiting Period) นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก</u>

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ____________________

☐ ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD.
1115 Rama 3, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120 Thailand
Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736
Fax: +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย สุนีย์ คิมหันต์วัฒนาพร ....

(นางสุนีย์ คิมหันต์วัฒนาพร)

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย ....

☐ **การประกันภัยโดยตรง**

☐ **ตัวแทนประกันวินาศภัย** ☐ **นายหน้าประกันวินาศภัย........................ ใบอนุญาตเลขที่ ....**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ภายหลังจากท่านได้รับการยืนยันการพิจารณารับประกันภัย

☐ ชำระด้วยบัตรเครดิต โดยยินยอมให้เรียกเก็บเงินจาก ☐ บัตรวีซ่า ☐ บัตรมาสเตอร์

หมายเลขบัตรเครดิต ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

บัตรหมดอายุ ☐☐ / ☐☐

เจ้าของบัตรเครดิต (ลงชื่อ) ....(ลายมือชื่อเหมือนหลังบัตรเครดิต)

☐ ชำระผ่านธนาคาร

โอนเงินผ่านธนาคารเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ธนาคารกสิกรไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี	001-1-10196-8	บัญชีกระแสรายวัน
ธนาคารกรุงไทย	สาขาถนนอโศก-ดินแดง	เลขที่บัญชี	056-1-05949-7	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
ธนาคารทหารไทย	สาขาสนามเสือป่า	เลขที่บัญชี	046-2-66952-4	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี	001-3-11904-2	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี	215-3-02200-5	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน

กรุณาแสดงหลักฐานการโอนเงินและใบคำขอเอาประกันภัย พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนให้แก่เจ้าหน้าที่บริษัทฯ ที่ท่านติดต่อเพื่อทำการออกกรมธรรม์

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD.
1115 Rama 3, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120 Thailand
Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736
Fax: +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th